

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°
43

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marius LIOTARD

Né à Nice le 1^{er} janvier 1895

Ancien Interne des Hôpitaux de Nice (1921-1924)

LES

SYPHILIS TERTIAIRES FÉBRILES

(FORMES VISCÉRALES ET FORMES ESSENTIELLES)

Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marius LIOTARD

Né à Nice le 1^{er} janvier 1895
Ancien Interne des Hôpitaux de Nice (1921-1924)

LES

SYPHILIS TERTIAIRES FÉBRILES

(FORMES VISCÉRALES ET FORMES ESSENTIELLES)

Président : M. GILBERT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS



Anatomie.....	
Anatomie médico-chirurgicale.....	
Physiologie.....	
Physique médicale.....	
Chimie organique et chimie générale.....	
Bactériologie.....	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	
Pathologie et thérapeutique générales.....	
Pathologie médicale.....	
Pathologie chirurgicale.....	
Anatomie pathologique.....	
Histologie.....	
Pharmacologie et matière médicale.....	
Thérapeutique.....	
Hygiène.....	
Médecine légale.....	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	
Pathologie expérimentale et comparée.....	
Clinique médicale.....	
Hygiène et clinique de la première enfance.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique des maladies du système nerveux.....	
Clinique des maladies infectieuses.....	
Clinique chirurgicale.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique.....	
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	

MM.

NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
SICARD.
LECÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
GILBERT
CHAUFFARD.
ACHARD.
WIDAL.
MARFAN.
NOBÉCOURT.
H. CLAUDE.
JEANSELME.
GUILLAIN.
TEISSIER.
DELBET.
HARTMANN.
LEJARS.
GOSSET.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
VAQUEZ.
SEBILÉAU.
DUVAL.
SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
LLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FISSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment ^{le} .
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
HERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.*
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUCEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERRER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

— AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	RATHERY..... Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LÉRI Clinique médicale.	TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.
LÉPER Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR D'ELSNITZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Nice

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NICE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT

Hommage respectueux

A MON JURY DE THÈSE

AVANT-PROPOS

Au moment d'entrer dans la voie de la pratique médicale, notre premier devoir est de jeter en arrière un regard reconnaissant sur tous ceux qui nous ont aidé de leurs leçons, de leurs conseils et de leurs encouragements à réaliser nos projets.

Que tous nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Marseille, où nous avons commencé nos études, que tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris, que tous nos chefs de service, reçoivent l'expression de notre très profonde gratitude.

Plus particulièrement, nous avons à acquitter une dette de reconnaissance envers notre Maître, M. le Dr d'Elsnitz, pour l'honneur qu'il nous a fait de nous accepter comme interne, l'empressement avec lequel il nous a dirigé dans l'accomplissement de ce travail et pour l'enseignement si bienveillant et si précieux qu'il n'a cessé de nous donner pendant les vingt-deux mois passés dans son service de l'hôpital Saint-Roch de Nice. Qu'il trouve ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre respect pour s'être appliqué sans cesse à nous révéler

la ligne de conduite que doit se tracer le médecin.

Nous rendons hommage aussi à M. le professeur Gilbert qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

LES SYPHILIS TERTIAIRES FÉBRILES

(FORMES VISCÉRALES ET FORMES ESSENTIELLES)

INTRODUCTION

« Morbus Gallicus est morbus absque febre » disaient les anciens médecins. Heureusement que les auteurs actuels ont montré que ce vieil adage souffrait de très nombreuses exceptions.

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de certaines fièvres est resté longtemps méconnu; c'est souvent en désespoir de cause que le praticien en vient à penser à cette étiologie.

L'erreur de méconnaître la cause véritable de la fièvre est d'autant plus compréhensible que les signes de localisation sont quelquefois peu marqués, et qu'elle évolue avec une réaction sérologique souvent négative.

Attribuer l'origine de cette fièvre à la syphilis c'est assurer la guérison de son malade, car elle obéit d'une façon constante au traitement spécifique, bien que quelquefois d'une façon relativement lente.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Milian et Mouquin ont montré que la fièvre contemporaine de l'accident primaire et relevant exclusivement de l'action du tréponème n'était pas exceptionnelle.

C'est Fournier le premier qui a consacré de nombreuses pages de son traité à la fièvre syphilitique secondaire. Elle est le plus souvent satellite d'une riche floraison cutanéomuqueuse, c'est la fièvre d'éruption. Quelquefois peu élevée, d'autres fois l'hyperthermie est intense et coïncide avec un état typhique avec splénomégalie et une éruption maculeuse; c'est la typhose syphilitique secondaire.

Mais c'est surtout la fièvre de la syphilis tertiaire dont on méconnaît le plus souvent l'indiscutable réalité. On l'observe le plus fréquemment au cours d'accidents viscéraux.

Il semble bien que parmi toutes les localisations syphilitiques susceptibles de réaliser la fièvre, l'hépatite doit être placée au premier rang. C'est ce qui se dégage des travaux de Gherardt, de Wunderlich, Raichline, Migliorato et Fournier; plus récemment de ceux de Gilbert, Chiray, Coury et Gaussade.

La fièvre syphilitique tertiaire peut être liée aussi aux lésions de l'appareil pleuro-pulmonaire. Il est presque classique d'admettre que la bronchectasie s'accompagne de fièvre.

Dieulafoy, Roger et Sabareanu, de Roque et Garin ont publié des observations de pleurésies primitives.

La fièvre syphilitique tertiaire liée à des lésions du rein est exceptionnelle, elle n'a été citée que par Margulies.

Bien que le fait ne soit pas classique, Favre dit avoir observé la fièvre « au cours des manifestations si variées de la syphilis cardio-aortique ».

Au contraire, la fièvre semble exceptionnelle dans les autres localisations de la syphilis.

La fièvre syphilitique tertiaire peut aussi être essentielle, c'est-à-dire qu'elle peut évoluer en apparence du moins sans aucune altération viscérale concomitante. C'est ce que Fournier, puis Netter, Glaser et Gautier et tout récemment Gilbert, Chiray, Coury et Bloch tendent à montrer par leurs observations et communications.

Non seulement la fièvre syphilitique tertiaire se rencontre dans la syphilis acquise, mais elle se rencontre aussi avec une symptomatologie analogue dans la syphilis héréditaire, comme le montre une observation de Paillard.

Nous allons donc chercher, en nous basant sur nos observations personnelles, les diverses traductions cliniques possibles de la syphilis tertiaire fébrile.

CHAPITRE II

SYPHILIS HÉPATIQUE FÉBRILE

C'est la forme la plus fréquente et la plus facilement diagnosticable (obs. I, II, III).

La fièvre dure longtemps, des semaines, des mois (obs. I, II) et même des années. Elle réalise les tracés les plus divers, soit des accès intermittents (obs. III), soit des poussées de fièvre continue durant huit, dix, quinze jours ou plus (obs. I et II), soit un état subfébrile continu. La fièvre ne cède nullement aux antithermiques habituels. Elle ne se manifeste seulement que sur le thermomètre, ou s'accompagne de phénomènes généraux sérieux (obs. I et II), avec frissons, sueurs, céphalées, courbature, asthénie, anorexie. Il peut même survenir une déchéance progressive de l'organisme aboutissant à la cachexie.

Dans sa longue évolution elle prend le masque de la tuberculose, car l'hépatomégalie, la légère ascite, le tympanisme et l'apparition fréquente du réseau veineux cutané abdominal font songer avant tout à la péritonite tuberculeuse, surtout lorsqu'il y a des phénomènes pulmonaires concomitants (obs. I).

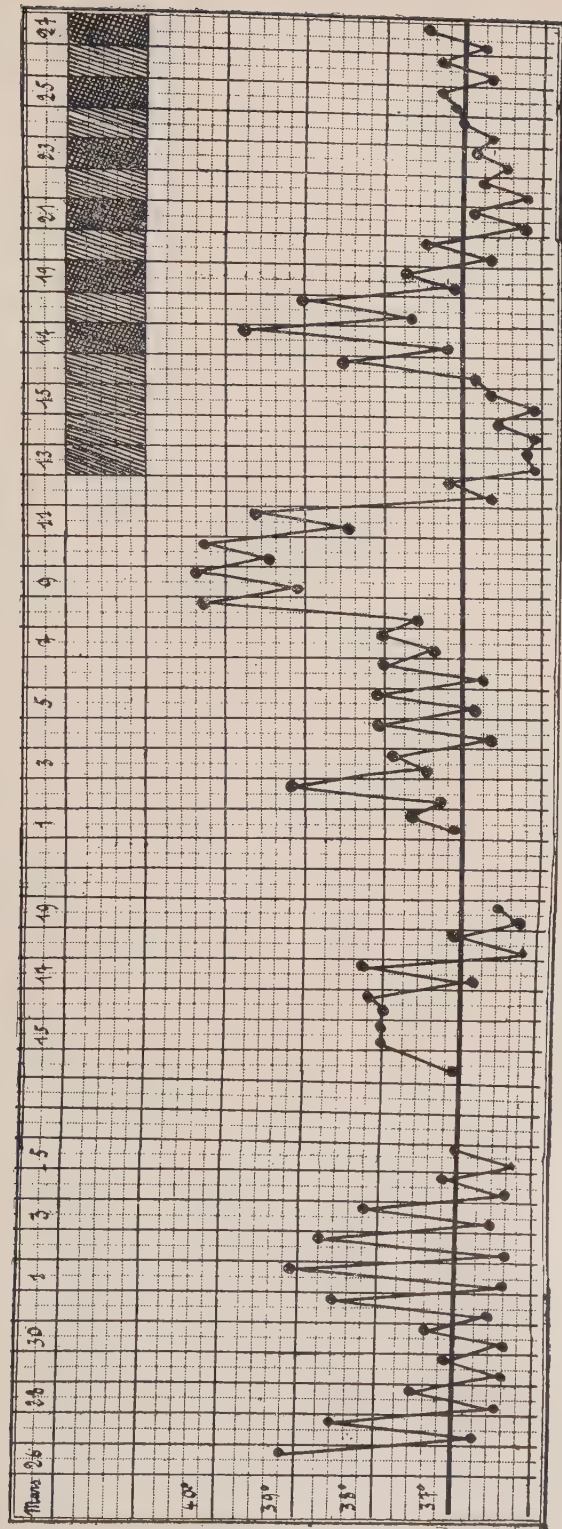


Fig. 1. — Obs. III. F... Ange, 16 ans.

Syphilis hépatique fébrile.

En hachures claires : Cyanure de Hg.

En hachures foncées : Néosalvarsan.

A partir du 27 avril (15^e jour du traitement et fin du graphique) la température se maintiendra rigoureusement normale.

D'autres fois on la confondra avec le paludisme par sa courbe thermique et l'hypertrophie splénique presque constante (obs. III), avec l'amibiase même en dehors des grands abcès du foie; avec le kyste hydatique; la cholécystite suppurée où, à côté des signes cliniques, l'examen du sang montre une leucocytose quelquefois considérable; avec le cancer qui quelquefois est fébrile.

Le foie est toujours augmenté de volume (obs. I, II, III); cette augmentation est soit globale, soit prédominante sur le lobe gauche ou sur le lobe droit; sa surface est régulière ou légèrement bosselée. Souvent il y a une légère insuffisance hépatique avec signes d'hypertension portale, teint subictérique (obs. II), légère ascite (obs. I et II), de la circulation collatérale (obs. II), de l'hypotension artérielle. Les urines sont rares, foncées, riches en urobiline et en ammoniaque, pauvres en urée (obs. II).

La rate est habituellement augmentée de volume (obs. I, II, III), parfois elle est énorme (obs. I) et dépasse l'ombilic.

La réaction de Bordet-Wassermann étant souvent négative (obs. II, III), la méconnaissance de cette affection a comme grave inconvénient de laisser indéfiniment dans un état sérieux ou même de faire subir des interventions chirurgicales à ces malades que le traitement spécifique aurait guéris. Car le traitement exerce une action souveraine sur cet ensemble morbide et cette efficacité remarquable et rapide du traitement est un des traits les plus frap-

pants de la physionomie de cette lésion du foie (obs. III). L'état général se transforme, l'appétit revient, l'engraissement est parfois rapide (obs. I), le foie reprend ses dimensions normales, la rate diminue mais moins rapidement (obs. I, II, III). D'autres fois, l'action du traitement n'est pas aussi rapide et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que la température cesse (obs. II).

L'évolution de cette forme clinique dépend essentiellement, ainsi que nous le verrons, du moment où le traitement spécifique lui est appliqué. En dehors de cette action thérapeutique, il semble que l'évolution en serait irrémédiablement fatale. Telle est l'impression fournie par l'observation II; dans ce cas le pronostic semblait définitivement compromis lorsque le traitement tardivement appliqué a amélioré puis guéri la petite malade.

CHAPITRE III

SYPHILIS SPLÉNIQUE FÉBRILE

La splénomégalie de la syphilis héréditaire est une notion banale, mais la forme fébrile est, croyons-nous, inconnue. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas dans le service de notre Maître, M. le Dr d'Elsnitz (obs. IV).

La fièvre était continue, oscillant aux environs de 38°, n'atteignant jamais 39°, durant depuis longtemps. L'état général était mauvais, l'anémie marquée.

La rate était énorme, elle mesurait 23 centimètres et descendait jusque dans la fosse iliaque gauche; sa consistance était très dure, formant un large gâteau bien lisse.

L'action du traitement, assez rapide au début, a été notablement ralentie après quinze jours. L'état général s'est amélioré, l'anémie a rétrocedé. Cependant l'action du traitement est ici lente puisqu'au bout de six mois, après un nouveau traitement, la rate mesure encore dix centimètres et se trouve à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La syphilis splénique fébrile peut être confondue

avec la fièvre de Malte; l'hémoculture ou le séro-diagnostic feront rattacher la fièvre à sa véritable cause. Avec le Kala-Azar ou leishmaniose viscérale infantile; l'examen de la pulpe splénique retirée par ponction montrera le *Leishmania Donovanii*. On sait que cette affection réalise le tableau clinique d'une anémie splénomégaly fébrile. Il faut d'autant plus songer à cette éventualité que les observations successives de Marcel Labbé, Ameuille, Monnier-Vinard, Jules Renault, d'Élsnitz, Balestre et Daumas ont souligné l'existence actuelle de cas autochtones de cette maladie. La confusion peut encore être faite avec le paludisme, l'endocardite infectieuse reconnaissable en dehors de la fièvre et de la splénomégaly aux douleurs articulaires, le tout accompagné de souffles organiques; avec les leucémies myéloïdes et lymphoïdes, la lympho-granulomatose, quand elles sont accompagnées de fièvre. Dans ces dernières affections c'est surtout l'examen du sang qui fixera le diagnostic.

CHAPITRE IV

SYPHILIS PULMONAIRE FÉBRILE

Après de longues discussions, il paraît admissible que le poumon puisse être spécifiquement lésé par la syphilis; mais les lésions tertiaires fébriles sont de beaucoup les plus embarrassantes pour le diagnostic et les plus fertiles en erreurs. A côté des lésions imputables à la syphilis acquise, la part de l'hérédosyphilis tardive est peut-être importante mais impossible encore à préciser.

Les formes aiguës de la syphilis tertiaire fébrile du poumon sont exceptionnelles; ce sont la forme gangréneuse et la forme bronchopneumonique.

Dans les formes chroniques il y a surtout le syndrome pseudo-tuberculeux. Ici la ressemblance de la syphilis du poumon avec la tuberculose est certainement la source d'erreur la plus commune (obs. I). L'état général est mauvais : fièvre élevée, asthénie, anémie, anoréxie, sueurs; la toux est fréquente, les crachats purulents et quelquefois même sanglants.

D'autres fois aussi le malade présente le syndrome de dilatation des bronches. Courcoux et Lelong insistent également sur sa valeur diagnostique. « Si du

point de vue scientifique pur, on peut discuter sur la nature syphilitique des lésions d'ectasie, il n'en est pas moins vrai — et c'est ce qui importe au praticien — qu'elles surviennent avec une fréquence extrême chez les syphilitiques et que les rapports qu'elles présentent avec la syphilis sont aussi intimes que ceux de l'anévrisme aortique. »

Il existe aussi des pleurésies tertiaires primitives décrites par plusieurs auteurs. La guérison fut obtenue si rapidement et si facilement par le traitement que le doute n'est pas permis sur le rôle pyrétogène du tréponème.

La seule erreur possible est de confondre la syphilis avec la tuberculose. Il était classique d'admettre que seule la tuberculose était fébrile; nous savons maintenant qu'il n'en est pas ainsi.

Il nous reste donc à fixer les principes généraux du diagnostic. Habituellement il n'est pas fait d'emblée; le point capital est donc de différencier la syphilis de la tuberculose. L'absence de bacilles de Koch et l'inoculation négative sont de gros signes en faveur de la syphilis; on sera quelquefois mis sur la piste par l'existence d'autres lésions syphilitiques ou d'autres lésions viscérales (comme dans notre observation I). D'autre part, certains signes cadrent plutôt avec l'idée de syphilis: l'état général relativement satisfaisant pour de grosses lésions pulmonaires, les signes de localisation n'ont pas la fixité habituelle. Fournier insistait sur l'unilatéralité des lésions, sur la limitation nettement circonscrite du

foyer et enfin son siège fréquent à la partie moyenne du poumon droit dans le voisinage du hile.

L'examen radiologique est appelé à donner des précisions plus grandes et doit toujours être pratiqué. L'ombre serait souvent bien limitée à bords polycycliques, de forme en général triangulaire à base médiastinale. Ces images qui paraissent maintenant individualisées ne résument certainement pas toute la syphilis pulmonaire.

Il faut avoir aussi recours à la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang, quelquefois elle sera positive, le plus souvent dans nos observations, négative. Positive, elle indiquera que le malade est syphilitique, sans affirmer toutefois la nature de ses lésions pulmonaires; négative, il ne faudra pas qu'elle fasse écarter le diagnostic de syphilis pulmonaire.

Le traitement d'épreuve devra toujours être tenté, il devra être intense et prolongé.

CHAPITRE V

SYPHILIS RÉNALE FÉBRILE

La fièvre syphilitique tertiaire concomitante des accidents rénaux est exceptionnelle. Il a été observé de la température au cours d'une néphrite syphilitique tertiaire qui prenait le masque d'une banale néphrite infectieuse. La syphilis hépato-rénale gommeuse est également susceptible d'être fébrile. Enfin Marguliès a publié une observation de néphropathie syphilitique tertiaire avec fièvre considérée comme un sarcome ou un abcès. L'intervention chirurgicale ne permit pas de confirmer ce diagnostic et le traitement spécifique fit tout disparaître, fièvre et tumeur.

CHAPITRE VI

LA FIÈVRE SYPHILITIQUE TERTIAIRE ESSENTIELLE DU TYPE ANÉMIQUE

A côté de la fièvre syphilitique dont le diagnostic est facilité, surtout si l'on y pense, par l'existence de manifestations même peu appréciables du tréponème, il existe une fièvre syphilitique tertiaire essentielle; c'est-à-dire qu'elle évolue ou semble évoluer cliniquement sans aucune altération viscérale concomitante (obs. V et VI). Il en a été signalé trois types.

Le premier est réalisé par une hyperthermie intermittente quelquefois à forme ondulante (obs. V) rappelant d'assez loin les accès palustres ou mieux encore la mélitococcie. Cette fièvre résiste à la quinine.

Un autre type est réalisé par une élévation thermique continue pouvant atteindre 39° durant plusieurs jours, plusieurs semaines (obs. VI).

Le dernier type correspond à une fièvre irrégulière impossible à schématiser.

Les caractères généraux se dégagent des notions que nous venons d'exposer. Tout d'abord un fait

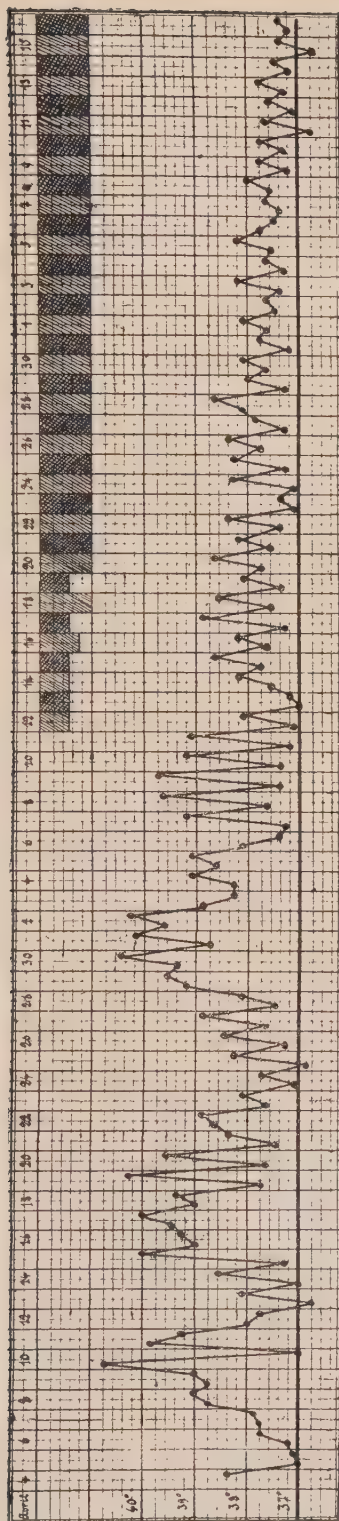


Fig. 2. — Obs. V. C... Joseph, 32 ans.
 Fièvre syphilitique tertiaire essentielle du type anémique.
 En hachures claires: Cyanure de Hg.
 En hachures foncées: Novarsenobenzol.
 Ultérieurement la température se maintiendra normale.

qui nous a frappé est *l'anémie* intense de ces malades (obs. VI : 780.000 hématies; obs. V : 1 million 960.000 hématies par millimètre cube). D'autre part, la fièvre syphilitique est habituellement dépourvue des troubles fonctionnels qui accompagnent ordinairement les autres pyrexies. C'est souvent une fièvre purement thermométrique, quoique bientôt les malades perdent l'appétit, maigrissent et ont assez rapidement un mauvais état général. Sa longue durée est également un caractère de grande importance; on en a vu se prolonger pendant plusieurs années. Elle offre une résistance opiniâtre à tous les antithermiques. Elle est d'une remarquable docilité à la thérapeutique antisiphilitique qui en a habituellement raison avec une rapidité vraiment extraordinaire. D'autres fois, au contraire, comme dans l'observation de Caussade, Lévy-Franckel et Peynet et dans nos observations V et VI, elle est plus tenace et il faut un traitement assez long pour la faire disparaître sans retour.

Les diagnostics les plus divers des affections habituellement fébriles sont tous tentés et tous abandonnés après résultat nul des recherches de laboratoire et échec des thérapeutiques mises en œuvre. Telle cette malade de Glaser qui fut admise sept fois à l'hôpital et qui subit successivement et sans succès de multiples opérations destinées à supprimer l'hyperthermie; laparotomie exploratrice, dilatation anale, ablation de l'ethmoïde, trépanation des sinus frontaux jusqu'au jour où l'apparition d'un accident

spécifique fit instituer le traitement qui jügula la fièvre et permit un engraissement de 12 kilos (Gilbert).

Suivant les circonstances c'est à la tuberculose ou au paludisme qu'on pense d'abord. Pourtant ces malades n'ont aucun signe physique de bacillose, la radiographie et l'examen des crachats sont négatifs. La confusion avec le paludisme est plus facile, car la fièvre en a à peu près tous les caractères, frisson, ascension thermique rapide, sensation de brisement consécutif (obs. V); la recherche de l'hématozoaire est négative. D'autres courbes ont l'apparence ondulante, on pense à la mélitococcie, mais l'hémoculture et le séro-diagnostic sont négatifs au mélitensis. On pense aussi aux diverses septicémies; l'hémoculture est négative. Les malades n'ont aucun signe certain d'endocardite infectieuse, de cholestite, de pyélonéphrite.

D'autre part une maladie qui ressemble à la syphilis tertiaire fébrile et qui peut donner le change, est le cancer lorsqu'il évolue avec de la température, surtout la carcinomatose; il faudra toujours y songer.

La réaction de Bordet-Wassermann étant souvent négative c'est en procédant par exclusion qu'on arrive au diagnostic de syphilis tertiaire fébrile, diagnostic qui sera confirmé par l'épreuve thérapeutique, laquelle réalisera alors, suivant l'expression classique, le dernier chapitre du diagnostic et le premier du traitement.

CHAPITRE VII

MODIFICATIONS DE LA FORMULE SANGUINE AU COURS DES SYPHILIS TERTIAIRES FÉBRILES

Un fait qui a frappé la plupart des auteurs et nous-même est la *diminution* quelquefois considérable (jusqu'à 780.000) du nombre *des globules rouges* par millimètre cube, ainsi que le taux de l'hémoglobine (jusqu'à 13 0/0 obs. V) et de la valeur globulaire. Cette anémie semble céder lentement au traitement.

D'autre part, dans toutes nos observations, sauf l'observation V, il a été observé une *leucopénie* variant de 4.000 à 7.000 leucocytes par millimètre cube.

Sevestre, dans la syphilis héréditaire; Caussade, Lévy-Franckel et Peynet dans la syphilis acquise ont mis en évidence la réaction myélogène de la syphilis dans le tertiarisme (12 0/0 dans l'observation de Caussade). On pourrait même songer à la leucémie myéloïde. Ces derniers auteurs pensent que le tréponème se localise sur l'élément noble de la moelle osseuse, sur le myéloblaste; ce serait la cause de la persistance de l'anémie.

Accessoirement nous signalerons les constatations faites à l'examen du liquide céphalorachidien de deux de nos malades. Un (obs. VI) était absolument normal, l'autre (obs. III) présentait un examen cytologique normal, deux éléments par millimètre cube, mais les recherches chimiques montraient :

Albumine : 0,60;

Chlorures : 7,16;

Glucose : 0,50.

Cette hyperalbuminose metfait en évidence une légère réaction des centres nerveux.

La réaction de Guillain au benjoin colloïdal a montré une floculation complète dans les tubes 5, 6, 7, 8, 9, 10, pas de floculation dans les autres tubes.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DES SYPHILIS TERTIAIRES FÉBRILES

Le plus souvent le pronostic est favorable, car les lésions régressent bien sous l'influence du traitement, à condition néanmoins que la sclérose n'ait pas fait complètement place au tissu noble; dans ce cas l'action du traitement est faible ou nulle.

Surtout au début du traitement il convient d'être prudent, car il est probable, comme nous le verrons plus loin, qu'il existe toujours une légère insuffisance hépatique chez ces malades. Il semble donc logique de commencer par des injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure et de les alterner ensuite à de petites doses de Novarsenolbenzol. C'est cette association qui nous a donné les meilleurs résultats. Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur l'action du bismuth.

Enfin l'observation V montre que l'on est pas en droit de compter toujours sur un résultat rapide par

le traitement et qu'au contraire il importe d'être patient et tenace et de ne pas désespérer de la possibilité d'une action tardive de la thérapeutique mise en œuvre.

CHAPITRE IX

PATHOGÉNIE DE LA FIÈVRE DANS LA SYPHILIS TERTIAIRE

Maintenant que nous connaissons les différentes formes de syphilis fébrile, il nous reste le problème fort complexe de sa pathogénie. On ne peut présenter que des hypothèses.

D'après les diverses communications et d'après nos observations personnelles, il semble bien que la cause de la fièvre soit réellement l'action du tréponème ou de ses toxines et non le fait d'infections surajoutées; car l'action du traitement est vraiment remarquable sur ces fièvres qui ont parfois résisté des mois et des années aux divers traitements mis en œuvre. L'hypothèse de décharges microbiennes, comme dans les bactériémies à fièvre pseudo-palustre, est difficile à admettre. Il est difficile aussi d'invoquer une action directe sur les centres nerveux de la thermogénèse.

Un point qui nous a toujours frappé dans toutes les observations publiées par divers auteurs et dans nos observations personnelles est l'existence *constante d'une hépatomégalie* plus ou moins marquée. Cette hépatomégalie importante dans les formes lépa-

tiques, plus légères mais cependant existante dans les autres, ne serait-elle pas la signature de lésions habituelles, latentes, du foie ou des voies biliaires? Nous savons que le foie des syphilitiques est riche en tréponèmes; il est possible que les toxines déterminent de l'angiocholite. Chez plusieurs de nos malades (obs. II, obs. V) les urines étaient foncées, riche en urobiline, l'urée était diminuée, les troubles digestifs accentués, la langue sèche, la soif vive, l'anorexie absolue. Comme dans la fièvre bilioseptique on observe des accès fébriles avec les trois stades de frisson, chaleur, sueur. On serait tenté pour cette raison au premier abord de songer à des accidents infectieux de nature banale, mais comme nous l'avons déjà dit cette hypothèse est infirmée par l'action toujours nette et parfois remarquablement rapide du traitement antisypilitique. Est-on en droit de supposer que le tréponème peut comme les germes d'origine intestinale, réaliser une infection spécifique des voies biliaires donnant lieu à des traductions cliniques analogues? Nous nous bornerons à poser la question.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

C... Odette, 4 ans.

Malade depuis trois semaines, entre à l'hôpital le 19 février 1924 pour température et mauvais état général. La petite malade est pâle, très anémiée, à l'examen on est frappé par le volume et la dureté de son abdomen, il existe de la circulation collatérale sus et sous-ombilicale, le foie est gros et déborde le rebord des fausses côtes de 5 centimètres, la rate est énorme et dépasse l'ombilic de 3 centimètres, il existe une légère ascite. A l'auscultation râles sous-crépitaux fins et moyens nombreux. L'examen du sang donne :

Hématies : 2.470.000 ;

Hémoglobine : 46 0/0 ;

Valeur globulaire : 0,93 ;

Leucocytes : 7.000 avec 58 0/0 de polynucléaires et 42 0/0 de lymphocytes.

20 février. — T. 36°9-39°5.

21 — 39° -39°3.

22 — 38°8-39°3.

23 — 38°9-39°5.

24 — 38°7-39°1.

25	—	38°9-39°5.
26	—	38°5-38°9.
27	—	37°9-38°5.
28	—	38°3-39°3.
29	—	38°6-39°.
1 ^{er} mars.	T.	38°2-38°5.
2	—	37°7-38°1.
3	—	38°5-39°1.
4	—	37°9-38°4.
5	—	38° -39°9.
6	—	39° -39°9.
7	—	39°2-39°8.
8	—	38° -40°1.
9	—	38°2-38°6.
10	—	38°3.

L'examen du sang permet d'éliminer la leucémie myéloïde, la présence de température la maladie de Banti, mais fait penser à la péritonite tuberculeuse ou au Kala Azar, on décide de pratiquer une ponction de la rate ; l'examen des crachats n'a pu être fait. Les parents reprennent leur enfant.

La malade est soignée en ville par un médecin comme tuberculeuse.

Le 23 avril l'enfant entre de nouveau à l'hôpital avec un état général mauvais. A l'examen, submatité des bases avec prédominance à droite, râles sous-crépitaux fins et moyens nombreux, les vibrations sont augmentées dans la partie moyenne, l'expectoration est peu abondante, l'examen des crachats est négatif. Le ventre est très dur,

le foie déborde le rebord des fausses-côtes de 3 travers de doigt, la rate mesure 18 centimètres. On pense à de la bacillose pulmonaire et péritonéale, on ne s'arrête pas à ce diagnostic car il n'y a plus de température.

On pense alors à la syphilis, la réaction de Bordet-Wassermann est légèrement positive et l'on commence le traitement, sulfarsénol 0,03 alterné avec du benzoate de mercure 0,005.

Petit à petit l'état général de l'enfant s'améliore, au bout de trois semaines de traitement le foie et la rate ont diminué de deux centimètres, les râles sous-crépitaux fins et moyens ont diminué, l'examen radioscopique du thorax montre une adénopathie droite et des ombres diffuses juxta-hilaires avec de nombreux pointillés.

Au bout d'un mois et demi de traitement l'enfant est transformé, il a 3.800.000 hématies, son foie déborde à peine les fausses-côtes, la rate est encore palpable sur 3 centimètres.

L'enfant est revu le 1^{er} octobre, son état général est bon, son anémie n'est plus qu'à 4.000.000 d'hématies, le foie est normal, sa rate déborde encore le rebord des fausses-côtes de 2 centimètres ; la guérison semble atteinte, mais par prudence on continue le traitement.

OBSERVATION II

P..., 4 ans.

L'enfant est malade depuis environ deux mois, il a des troubles digestifs et une petite température. Il a été vu par trois médecins qui n'ont pu se prononcer.

A son entrée à l'hôpital son état général est mauvais, la cachexie est même assez prononcée, son amaigrissement a été rapide, car elle a eu des vomissements acétonémiques fréquents et de la diarrhée légère, son teint est blafard. Son foie est gros et régulier, déborde de 3 doigts le rebord des fausses-côtes, la rate est perceptible sur quatre travers de doigt et perceptible sous le rebord costal, le ventre est météorisé.

14 octobre. — T. 37°3-37°8.

15 — 37°4-37°3.

16 — 37°3-37°2.

17 — 36°4-37°2.

18 — 36°4-37°.

19 — 36°8-37°3.

20 — 36°8-37°3.

21 — 37° -38°.

22 — 36°8-37°3.

23 — 36°9-36°7.

24 — 36°9-37°.

25 — 37° -36°6.

26 — 36°8-37°3.

27 — 37°1-36°8.

28 — 36°8-36°6.

29 — 36°4-36°5.

30 — 36°5-37°.

31 — 36°6-37°1.

Malgré un traitement symptomatique l'état général devient de plus en plus mauvais, il y a tendance aux lipothymies, les traits sont tirés, les yeux commencent à

s'excaver, le poids est de 8 k. 700. L'examen du sang donne :

Hématies : 2.270.000 ;

Hémoglobine : 48 0/0 ;

Valeur globulaire : 0,96.

Formule cytologique :

Polynucléaires : 66 0/0 ;

Lymphocytes : 30,5 0/0 ;

Grands mono : 3 0/0 ;

Eosinophiles : 0,5 0/0 ;

Leucocytes : 5.900.

Légères traces d'albumine dans les urines, pas de glucose, pas d'acétone.

1 ^{er}	novembre.	—	T. 36°8-37°3.
2		—	36°5-37°.
3		—	36°4-37°8.
4		—	36°8-38°4.
5		—	37°3-38°3.
6		—	37°3-38°2.
7		—	37° -37°8.
8		—	36°8-37°4.
9		—	37° -37°8.
10		—	37°3-37°4.
11		—	37°2-37°5.
12		—	36°8-37°5.
13		—	37° -37°6.
14		—	37°3-37°3.
15		—	36°8-37°9.
16		—	37° -38°.

17	—	37° -38°4.
18	—	37°5-37°6.
19	—	37°5-37°4.
20	—	37° -37°6.
21	—	37° -37°7.
22	—	37°1-37°7.
23	—	37° -37°8.
24	—	37°2-37°6.
25	—	37° -37°3.

On trouve un léger point appendiculaire et l'on pense à l'appendicite chronique.

26 novembre. — T. 37°-37°6.

Le point appendiculaire a complètement disparu ; les urines sont faiblement albumineuses, l'urobiline normale.

27 novembre. — T. 37°3-37°3.

28	—	36°8-37°7.
29	—	37° -37°4.
30	—	37°7-37°8.

L'état général devient de plus en plus mauvais, la cachexie est plus marquée, le foie a augmenté de volume et descend jusqu'à l'ombilic, il existe une légère ascite et de la circulation collatérale, la rate est toujours perceptible sur quatre travers de doigt.

1^{er} décembre. — T. 37°-37°3.

La température ondulante fait penser à la mélitococcie, mais le sérodiagnostic est négatif au méli'tensis.

2 décembre. — T. 37° -37°4.

3	—	37°3-37°. Vomissement.
4	—	36°9-37°. Vomissement.
5	—	37° -37°3.

6	—	37° -38°4.
7	—	37°5-37°5.
8	—	37°3-37°8.
9	—	37°4-37°9.
10	—	37°4-37°2.
11	—	36°7-37°8.
12	—	37°1-38°2.

On porte le diagnostic de la bacilliose, quoiqu'on n'ait pas trouvé de localisation, la réaction de Besredka est faiblement positive dans le sang.

13 décembre.	—	T. 36°9-37°5.
14	—	37°1-38°.
15	—	37°1-38°7.
16	—	37°9-38°6.
17	—	37°3-39°1.

L'examen du sang donne :

Hématies : 1.910.000 ;
Hémoglobine : 34 0/0 ;
Valeur globulaire : 0,91 ;
Leucocytes : 5.800.

Formule cytologique :

Polynucléaires : 62 0/0.
Lymphocytes : 34 0/0 ;
Grand mono : 3 0/0 ;
Eosinophiles : 1 0/0.

18 décembre.	—	T. 37°5-38°9.
19	—	37° -38°.
20	—	37°5-37°1.

L'état général de l'enfant devenant de plus en plus mauvais, on commence le traitement spécifique dans l'hypo-

thèse d'une syphilis fébrile et l'on donne calomel 0,01.

21 décembre. — T. 37°4-37°6. Calomel 0,01.

22 — 37°3-38°2. Sulfarsénol 0,025.

23 — 36°5-38°1. Sulfarsénol 0,03.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

24 décembre. — T. 37°5-37°4. Calomel 0,01.

25 — 36°9-37°4. Sulfarsénol 0,03.

26 — 37° -36°9. Calomel 0,01.

27 — 37° -38°4. Sulfarsénol 0,03.

28 — 37°1-38°8. Calomel 0,01.

29 — 36°8-38°2. Sulfarsénol 0,03.

30 — 36°7-37°6. Calomel 0,01.

31 — 37°3-37°3. Sulfarsénol 0,03.

1^{er} janvier. — T. 37° -36°2.

N'ayant aucune amélioration on cesse le traitement.

2 janvier. — T. 37°3-38°1.

3 — 36°8-37°3.

4 — 37°2-37°8.

5 — 36°9-37°.

6 — 37° -37°.

7 — 36°6-37°1.

L'enfant paraissant s'améliorer on reprend le traitement spécifique et l'on fait sulfarsénol 0,03.

8 janvier. — T. 36°6-37°4.

9 — 36°1-37°2. Sulfarsénol 0,03.

10 — 36°9-37°3.

11 — 36°3-37°4. Sulfarsénol 0,03.

12 — 37°6-37°6.

13 — 37°3-37°7. Sulfarsénol 0, 3.

14	—	36°2-37°5.
15	—	37°2-37°8. Sulfarsénol 0,03.
16	—	37° -37°3.
17	—	37° -37°2. Sulfarsénol 0,03.
18	—	37° -37°1.
19	—	36°8-37°1. Sulfarsénol 0,03.
20	—	36°7-36°9.

L'état général se transforme de jour en jour, le teint se récolore, l'enfant est complètement transformé et gagne du poids (11 k. 309), l'ascite disparaît progressivement, le foie diminue et n'est plus perceptible sous les fausses côtes, la rate reste percutable sur deux travers de doigt.

Du 20 janvier au 10 février la température est normale et l'on fait tous les deux jours une injection de sulfarsénol de 0,03. L'enfant sort fin février en parfaite santé.

Nous avons eu depuis des nouvelles de cette petite malade dont l'amélioration s'est maintenue et n'a été entrecoupée d'aucune rechute. A noter d'ailleurs que de nouvelles séries de traitement spécifique ont été faites.

OBSERVATION III

F. Ange, 16 ans, boucher.

Entre à l'hôpital pour état fébrile intermittent remontant à la fin de février 1922. A cette période le malade présentait des frissons tous les jours vers dix-sept heures qui duraient jusque vers vingt et une heures, ensuite succédait une sensation de chaleur et de sueur et le malade dormait le restant de la nuit.

Pendant cette période la température ne fut pas prise mais il devait y avoir de la fièvre.

Le 7 mars le malade s'alite avec 39°5, le frisson est plus violent que d'habitude. A partir de cette date le malade présente des périodes de plusieurs jours avec fièvre, suivis de quelques jours sans température. A partir du 26 mars la température est prise régulièrement.

26 mars. — T. 39°2.

27 — 36°8-38°6.

28 — 36°6-37°5.

29 — 36°6-37°0.

30 — 36°6-37°4.

31 — 36°7-38°6.

1^{er} avril. — T. 36°5-39°1.

2 — 36°5-38°8.

3 — 36°8-38°1.

4 — 36°4-37°1.

5 — 36°3-37°.

6 — 36°3-36°8.

7 — 36°5.

Du 7 au 11 la température n'est pas prise.

11 — 38°6.

12 — 36°7-38°4.

13 — 39°3-37°1.

14 — 37°1.

Le médecin traitant pense à la typhoïde ou à la fièvre de Malte et fait entrer le malade à l'hôpital. Le malade se sent fatigué et a maigri, son facies reste coloré, sa langue est à peine saburrale, ses fonctions digestives normales, il transpire abondamment, il n'a pas de céphalée. Son foie

est augmenté de volume : 15 centimètres de hauteur, non douloureux, pas de résistance de la paroi, pas de défense. La rate est augmentée de volume percutable sur cinq travers de doigt, facilement palpable. Sommet droit légèrement suspect, submatité, retentissement vocal, quelques râles, léger souffle interscapulo-vertébral, pas de toux, pas d'expectoration. Cœur normal légèrement tachycardique, léger souffle extracardiaque. Tension 15-7,5, leucopénie à 4.800. Urines normales.

On pense, à raison de la leucopénie, à trois maladies :

Eberth ou para A ou B ;

Paludisme ;

Fièvre de Malte.

Mais les examens de laboratoire sont négatifs.

15 avril. — T. 38° -38°.

16 — 38° -38°2.

17 — 37°9-38°3.

18 — 36°2-37°7.

19 — 36°3-36°6

20 — 36°1-36°2.

21 — 36°1-36°6.

22 — 36°6-36°8.

23 — 36°6-36°3.

24 — 36°4-36°8.

25 — 36°9-37°3.

Là recherche des parasites intestinaux dans les fèces montre de très rares œufs d'ascaride, on donne du calomel, de la santonine, de l'émétine sans résultat.

Pas de signes de fièvre bilieuse, ni urinaire. L'hypo-

thèse de typhobacillose est rapidement écartée en raison de l'irrégularité de la courbe thermique. Toutes les hé-mocultures sont négatives, y compris celles sur gélose ascite pour la culture du méningocoque et du gonocoque. On fait une réaction de Bordet-Wassermann qui est négative.

26 avril. — T. 36°8-37°5.

27 — 36°6-37°2.

28 — 36°8-37°3.

29 — 36°5-37°4.

30 — 36°7-37°5.

1^{er} mai. — T. 37°1-37°7.

2 — 36°9-37°9.

3 — 37°3-39°3.

4 — 37°5-37°9.

5 — 36°6-38°1.

6 — 36°9-38°.

7 — 37°4-38°.

8 — 37°6-40°3.

9 — 39°1-40°4.

10 — 39°5-40°3.

11 — 38°5-39°7.

Pendant cette période de température élevée le malade à des frissons avec sueurs comme au début de la maladie.

12 mai. — T. 36°7-37°2.

13 — 36° -36°1.

14 — 36°1-36°6.

Malgré la réaction de Bordet-Wassermann négative on songe à la syphilis fébrile et l'on commence le traitement, on donne calomel 0,03.

15 mai.	—	T. 36°1-36°7. Calomel 0,03.
16	—	36°9-38°6. Calomel 0,03.
17	—	37°3-39°8. Calomel 0,03.
18	—	37°7-39°. Sulfarsénol 0,06.
19	—	37°1-37°8. Calomel 0,03.
20	—	36°6-37°5. Sulfarsénol 0,06.
21	—	36°3-37°3. Calomel 0,03.
22	—	36°3-36°9. Sulfarsénol 0,06.
23	—	36°5-36°9. Calomel 0,03.
24	—	36°7-37°. Sulfarsénol 0,06.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. La température se maintient normale et l'on alterne un jour : Calomel 0,03 et un jour Sulfarsénol 0,06 jusqu'au 17 juin.

A partir du vingtième jour on assiste à la régression du foie et de la rate qui sont normaux à la fin du mois. Le malade pèse quatre kilos de plus qu'avant sa maladie et son état général est excellent. Le 29 juin on fait une ponction lombaire qui donne :

2 lymphocytes
7.500 hématies
Albumine : 0,60 ;
Chlorures : 7,16 ;
Glucose : 0,50.

La réaction de Guillain a montré une floculation complète dans les tubes 5, 6, 7, 8, 9, 10, pas de floculation dans les autres tubes.

Le 30 juin le malade sort en parfait état.

OBSERVATION IV

V... Paulette, 7 ans.

Malade depuis environ deux mois, mauvais état général avec perte d'appétit. L'enfant est pâle, très anémique. L'examen clinique est absolument négatif, sauf une rate énorme qui ne mesure pas moins de 25 centimètres de grand diamètre. La température n'a jamais dépassé 38° pendant ce temps.

24 avril. — T. 37°5-38°.

24 avril. — T. 38°.

25 — 37°5-38°.

26 — 37°8-38°.

27 — 38°8-38°.

28 — 38°6-38°8.

L'examen du sang donne :

Hématies : 1.800.000 par millimètre cube.

Hémoglobine : 31 0/0 ;

Valeur globulaire : 0,94 ;

Leucocytes : 4.400.

Formule cytologique :

Polynucléaires : 66 0/0 ;

Lymphocytes : 31 0/0 ;

Grands mono : 2 0/0 ;

Eosinophiles : 1 0/0 ;

Hématies nucléées : 1 0/0 des leucocytes.

30 avril. — T. 37°8-38°.

1^{er} mai. — T. 37°2-37°4.

2 — 37° -37°3.

On élimine le Kala-Azar car l'examen de la pulpe splénique est négatif.

3 mai. — T. 37° - 37°5.

4 — 37° - 38°3.

5 — 37°2-38°.

On pose le diagnostic de syphilis fébrile et on commence le traitement, on fait sulfarsénol 0,03.

6 mai. — T. 37°3-38°. Benzoate Hg. 0,005.

7 — 37°3-37°2. Sulfarsénol 0,03.

8 — 37°3-38°. Benzoate Hg. 0,005.

9 — 37°4-37°9. Sulfarsénol 0,03.

10 — 37°3-38°. Benzoate Hg. 0,005.

11 — 37°5-37°9. Sulfarsénol 0,03.

12 — 37° - 37°7. Benzoate Hg. 0,005.

13 — 37°3-37°8. Sulfarsénol 0,03.

14 — 37°5-38°. Benzoate Hg. 0,005.

15 — 37°1-37°9. Sulfarsénol 0,03.

16 — 37° - 38°5. Benzoate Hg. 0,005.

17 — 37°2-38°6. Sulfarsénol 0,03.

18 — 37°6-37°7. Benzoate Hg. 0,005.

19 — 37°4-37°8. Sulfarsénol 0,03.

L'état général commence à s'améliorer, le teint se colore, l'enfant reprend des forces, la rate mesure 18 centimètres.

20 mai. — T. 37°3-37°8. Benzoate Hg. 0,005.

21 — 37°3-37°8. Sulfarsénol 0,03.

22 — 37°3-37°7. Benzoate Hg. 0,005.

23 — 37°2-37°6. Sulfarsénol 0,03.

24 — 37°2-37°8. Benzoate Hg. 0,005.

25 — 37°3-37°6. Sulfarsénol 0,03.

Du 26 mai au 4 juillet la température est de 37°1 à

37°4 et l'on fait alternativement un jour benzoate de Hg. 0,005 et l'autre jour sulfarsénol 0,03.

A la sortie de l'hôpital, l'enfant est complètement transformé, son état général est bon, il a 3.200.000 hématies par millimètre cube, la rate mesure 15 centimètres.

L'enfant a été revu le 30 août, son état général est parfait, la rate mesure encore 10 centimètres. Il est fait un nouveau traitement.

OBSERVATION V

C... Joseph, 32 ans.

Le 30 mars 1923 le malade a dans la soirée un frisson puis une sensation de chaleur et de lassitude.

Le 31 mars il a dans la soirée un nouveau frisson qui l'oblige à quitter son travail et s'alite.

Le 1^{er} avril le malade a un frisson le soir et se sent de plus en plus fatigué.

Les 2 et 3 avril le malade se plaint de mal de tête et a plusieurs petits frissons.

4 avril. — T. 38°4.

Le malade s'aperçoit qu'il a un furoncle au cou et a un frisson dans la soirée.

5 avril. — T. 37° -37°1. Même état.

6 — 37°2-37°8.

Epitaxis abondante, pas de frisson.

7 avril. — T. 37°8-37°9.

Le malade accuse une douleur dans la fosse lombaire gauche.

8 avril. — T. 38°8-39°. Même état.

10 — 40°8-37°.

Le malade a un frisson dans la matinée, son état général s'allère.

11 avril. — T. 39°9-39°3.

12 — 38° -37°8.

13 — 36°8-38°1.

14 — 37° -38°6.

15 — 37°3-40°. Frisson.

16 — 39° -39°3.

17 — 39°5-40°1.

L'état général devenant de plus en plus mauvais le malade entre à l'hôpital. Il se présente à nous pâle et amaigri, son état général est franchement mauvais, quelques râles de bronchite aux sommets, quelques râles fins aux bases. Son pouls est à 80, sa tension 13-8, la leucocytose sanguine 5.400. Sa langue est saburrale, sa constipation opiniâtre, ses urines rares et colorées, son foie déborde de un travers de doigt le rebord des fausses-côtes, sa rate n'est pas perceptible.

Le malade semble faire une septicémie, mais l'hémoculture est négative, les sérodiagnostics à l'Eberth, Para A et B négatifs.

18 avril. — T. 39° -39°4.

19 — 37°9-40°3.

20 — 37°7-39°6.

21 — 37°5-38°5.

22 — 38°8-38°9. Même état.

23 — 37°6-38°.

24 — 37°1-37°8.

La température est ondulante et l'on soage à la possibilité d'une mélitococcie, mais l'hémoculture et le séro-diagnostic sont négatifs pour le méitensis.

25 avril. — T. 36°9-38°2.

26 — 37°2-38°4.

27 — 37°7-38°9.

28 — 37°5-38°1.

29 — 39°2-39°6.

30 — 39°4-40°5.

La recherche d'hématozoaire est négative, on donne néanmoins 1 gr. 50 de quinine sans résultat.

1^{er} mai. — T. 38°8-39°2. L'examen des crachats est négatif, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

2 mai. — T. 39°7-40°3.

3 — 38°9-38°3.

L'état général s'aggrave de jour en jour et l'on ne sait pas à quoi rattacher la fièvre. La leucocytose sanguine est de 7.500.

4 mai. — T. 38°3-39°1.

5 — 38°7-39°1

6 — 38°1-37°6.

7 — 37°3-39°1.

8 — 37°6-39°7.

9. — 37°3-39°9.

10 — 37°3-39°1.

11 — 37°2-39°1.

12 — 37°1-38°1.

Malgré l'inexistence de signes cliniques ou sérologiques, on pense à la syphilis fébrile et on commence le traitement avec cyanure de mercure, 1/2 centigramme.

- 13 mai. — T. 37°- 37°2. Néosalvarsan 7 centigrammes.
14 — 37°6-38°1. Cyanure 1/2 centigr.
15 — 37°-9-38°6. Leucocytose sanguine : 6.200.

Novarsénobenzol 7 centigr.

- 16 mai. — T. 38°6-38°3. Cyanure 3/4 centigr.
17 — 37°3-38°9. Néosalvarsan 7 centigr.
18 — 37°5-39°6. Cyanure 1 centigr.
19 — 37°4-38°1. Néosalvarsan 7 centigr.
20 — 37°8-38°7. Cyanure 1 centigr.
21 — 37°6-38°2. Néosalvarsan 15 centigr.

Examen du sang :

1.960.000 hématies ;
Hémoglobine : 35 0/0 ;
Valeur globulaire : 0,90.
Leucocytes : 10.400.

- 22 mai. — T. 37°4-38°4. Cyanure 1 centigr.
23 — 37°1-37°4. Néosalvarsan 15 centigr.
24 — 37°1-38°3. Cyanure 1 centigr.
25 — 37°3-38°3. Néosalvarsan 15 centigr.
26 — 37°8-38°4. Cyanure 1 centigr.

La réaction de Bordet-Wassermann est subpositive. L'état général s'améliore légèrement.

- 27 mai. — T. 37°3-37°9. Néosalvarsan 15 centigr.
28 — 38°1-38°7. Cyanure 1 centigr.
29 — 37°3-37°9. Néosalvarsan 15 centigr.
30 — 37°7-38°1. Cyanure 1 centigr.
31 — 37°2-37°9. Néosalvarsan 0,15.

1^{er} juin. — T. 37°7-38°. Cyanure 1 centigr.

Malgré la persistance de la température, l'état général subit une amélioration progressive, le teint devient plus

clair, le malade engraisse. Le foie n'est plus perceptible sous le rebord des fausses côtes.

2 juin. — T. 37°4-37°6. Néosalvarsan 0,15.

3 — 37°4-38°2. Cyanure 0,01.

4 — 37°3-37°7. Néosalvarsan 0,15.

Sang : 2.150.000 hématies ; 9.000 leucocytes.

5 juin. — T. 37°6-38°2. Cyanure 0,01.

6 — 37°8-37°5. Néosalvarsan 0,15.

7 — 37°4-37°7. Cyanure 0,01.

8 — 37°6-37°9. Néosalvarsan 0,15.

9 — 37°3-37°8. Cyanure 0,01.

10 — 37°3-37°7. Néosalvarsan 0,15.

11 — 36°8-37°7. Cyanure 0,01.

12 — 37°1-37°7. Néosalvarsan 0,15.

Sang : 2.300.000 hématies ; 6.500 leucocytes.

13 juin. — T. 37°3-37°8. Cyanure 0,01. L'état général s'améliore de jour en jour, le malade est complètement transformé, il se colore, reprend des forces et commence à se lever.

14 juin. — T. 36°9-37°3. Néosalvarsan 0,15.

Du 14 au 29, la température oscille autour de 37°, l'état général est bon. Augmentation rapide du poids. A sa sortie le malade a 3.200.000 hématies et 4.400 leucocytes par millimètre cube.

OBSERVATION VI

B... Joseph, 8 ans.

Entre à l'hôpital le 12 décembre au soir, dans un état de cachexie extrême, on se demande même si l'enfant

passera la nuit. Sa température est 38°3, son pouls 146, il est décharné et n'a même pas la force d'étendre les jambes, l'anémie est intense, ses muqueuses complètement décolorées ; sa langue est saburrale, le foie déborde le rebord des fausses côtes d'un travers de doigt, la rate n'est pas perceptible, quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

13 décembre. — T. 38°4-38°. P. 154.

L'examen du sang donne :

Hématies : 780.000 ;

Hémoglobine : 13 0/0 ;

Valeur globulaire : 0,83 ;

Leucocytes : 15.000.

Formule cytologique :

Polynucléaires : 81 0/0 ;

Lymphocytes : 18 0/0 ;

Grand mono : 1 0/0.

Hématies nucléées : 5 0/0 des leucocytes.

14 décembre. — T. 38°5-38°5. P. 152.

15 — 38°2-38°4. P. 144.

Malgré un traitement symptomatique, l'état général est toujours aussi mauvais.

16 décembre. — T. 38° -39°5. P. 140.

17 — 37°8-39°. P. 140.

18 — 38°4-38°6.

19 — 38° -38°7.

20 — 38°3-38°1.

21 — 37°3-37°9.

On fait une ponction lombaire qui donne :

Albumine : 0,20 ;

Glucose : 0,50 ;

Chlorures : 7,21.

2,5 lymphocytes par millimètre cube.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

22 décembre. — T. 37°3-38°.

23 — 37°3-38°2.

On élimine les diverses septicémies car les hémocultures sont négatives.

24 décembre. — T. 37°-37°8. L'examen des matières fécales donne : réaction de Meyer et Weber négatives, présence de kystes de *Lamblia* et de très nombreux leucocytes, on donne calomel 0,006.

25 décembre. — T. 37°-38°7. Calomel 0,006 ; l'état général du malade s'est encore aggravé, l'œdème des bourses et du scrotum apparaît.

26 décembre. — T. 38°-37°5. Calomel 0,006.

27 — 36°8-38°2. Calomel 0,006.

28 — 37°3-37°. Calomel 0,006.

29 — 37°5-38°2.

Malgré l'absence de signes cliniques, on commence le traitement antisypilitique et l'on fait une injection de sulfarsénol à 0,03.

30 décembre. — T. 37°5-37°5. Calomel 0,006.

31 — 37°3-38. Sulfarsénol 0,03.

1^{er} janvier. — T. 37°8-38°. Calomel 0,006.

2 — 37°5-36°8. Sulfarsénol 0,03.

3 — 37°3-38°. Calomel 0,006.

4 — 37°5-37°. Sulfarsénol 0,06.

5 — 37°8-38°2. Calomel 0,006.

6	—	37°6-37°3. Sulfarsénol 0,06.
7	—	36°8-37°3. Calomel 0,006.

L'œdème a complètement disparu, l'enfant paraît mieux.

8 janvier.	—	T. 36°2-37°. Sulfarsénol 0,06.
9	—	36°9-39°2. Calomel 0,006.
10	—	36°1-38°9. Sulfarsénol 0,06.
11	—	37°1-38°7. Calomel 0,006.
12	—	38°3-39°. Sulfarsénol 0,06.
13	—	36°8-38°. Calomel 0,006.
14	—	37°6-38°6. Sulfarsénol 0,06.
15	—	37°9-38°. Calomel 0,006.
16	—	37°7-37°7. Sulfarsénol 0,06.

L'état général de l'enfant est bien meilleur, il commence à se colorer, mange mieux, son foie n'est plus perceptible.

17 janvier.	—	T. 38° -37°7. Calomel 0,006.
18	—	37°5-38°1. Sulfarsénol 0,06.
19	—	37°8-38°3. Calomel 0,006.
20	—	37°7-37°6. Sulfarsénol 0,06.
21	—	37°6-37°9. Calomel 0,006.
22	—	37°8-37°7. Sulfarsénol 0,06.
23	—	37°5-37°4. Calomel 0,006.
24	—	37°4-39°2. Sulfarsénol 0,06.

Légère trachéo-bronchite.

25 janvier.	—	T. 38° -37°6. Calomel 0,006.
26	—	37°8-37°3. Sulfarsénol 0,06.
27	—	37°1-37°3. Calomel 0,006.
28	—	37°7-37°4. Sulfarsénol 0,06.
29	—	37°9-37°. Calomel 0,006.

30 — 37°3-37°. Su'farsénol 0,06.

31 — 37°3-37°-3. Calomel 0,006.

Depuis ce jour, la température est normale et l'on continue le traitement jusqu'au 10. L'état général est presque bon, l'enfant a grossi, peut se lever, son teint est coloré. A sa sortie le 15 février, l'enfant est méconnaissable, l'examen du sang donne :

Hématies : 1.970.000 ;

Hémoglobine : 37 0/0 ;

Valeur globulaire : 0,96 ;

Leucocytes : 11.600.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires : 63,5 ;

Lymphocytes : 34 ;

Grand mono : 1 ;

Eosinophiles : 0,5 ;

Mastzellen : 1 ;

Hématies nucléées : 1,5 0/0 des leucocytes.

CONCLUSIONS

I. Comme la tuberculose habituellement et le cancer souvent, la syphilis tertiaire peut quelquefois évoluer sous l'apparence d'une maladie chronique fébrile. C'est là une acquisition clinique relativement récente, comportant un important corollaire thérapeutique.

II. Suivant ses localisations prédominantes, la syphilis tertiaire fébrile peut se présenter sous différentes formes. Une forme pulmonaire plus fréquente, une forme splénique rare, une forme hépatique et surtout hépatosplénique presque habituelle et enfin sous une forme paraissant dénuée de tout substratum viscéral, la fièvre syphilitique tertiaire essentielle du type anémique. La plupart de ces types cliniques, tout au moins dans nos observations personnelles, s'accompagnent de modifications sanguines communes caractérisées par une anémie parfois intense et une leucopénie plus ou moins marquée.

III. Ces divers aspects cliniques comporteront des problèmes diagnostiques différents. Dans la majorité

des cas, c'est avec les infections hépato-splénomégamiques fébriles que la confusion pourra se faire : paludisme, mélitococcie, leishmanioses viscérales.

IV. Le rôle de la syphilis est ici difficile à établir cliniquement pour les raisons suivantes :

a) Les traductions cliniques de la fièvre syphilitique sont souvent identiques à celles d'autres maladies;

b) Quand il y a des localisations propres à la syphilis elles ne sont pas pathognomoniques;

c) Les examens bactériologiques et radiologiques sont souvent également en défaut;

d) La réaction de Bordet-Wassermann se montre assez souvent négative.

V. En revanche et très heureusement l'épreuve thérapeutique est habituellement concluante et emporte le diagnostic; soit que les accidents fébriles résistant à toute autre thérapeutique cèdent dès la première action du traitement; soit que plus tenaces ils obéissent tardivement à cette thérapeutique, qui par surcroît rétablit une situation paraissant jusque-là compromise. Cette dernière éventualité implique la nécessité de n'abandonner le diagnostic de syphilis tertiaire fébrile qu'après l'insuccès d'un traitement tenace et prolongé. Quelle que soit la rapidité de son action l'effet du traitement se caractérise d'une part par l'atténuation progressive des accidents fébriles et d'autre part par l'amélioration parallèle des

localisations viscérales, de l'anémie et de l'état général. Cette concordance chronologique sera d'autant plus convaincante qu'elle fera suite à l'insuccès total des thérapeutiques antérieures mises en œuvre.

VI. Rattacher la fièvre à sa cause spécifique c'est non seulement trouver le moyen de la juguler; mais encore souvent c'est permettre de révéler l'existence d'une infection syphilitique jusque-là ignorée et de la traiter avant que surviennent des lésions plus irrémédiables.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Milian et Monquin.* — Fièvre syphilitique primaire (Soc. franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 9 déc. 1920).
- Fournier (A.).* — Thèse Morin, Paris, 1888.
- Siredey (A.) et Lemaire (H.).* — Fièvre dans la période secondaire de la syphilis (Soc. méd. Hôp. Paris, 17 mai 1904).
- Favre (M.) et Contamin (M.).* — Remarques cliniques à propos de quelques cas de syphilis fébrile (*Journal de médecine de Lyon*).
- Gilbert (A.), Chiray (M.) et Coury (Alfred).* — La syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile (Soc. méd. hôp. Paris, 18 mars 1921).
- La syphilis fébrile ; fièvre syphilitique et fièvre syphilo-thérapeutique (*Presse médicale*, 28 décembre 1921).
- Coury (Alfred).* — Syphilis hépatique tertiaire fébrile ayant simulé pendant deux ans une tuberculose pleuro-pulmonaire. Contribution à l'étude du début de la syphilis hépatique tertiaire de l'adulte et de la fièvre syphilitique (Soc. méd. Hôp. Paris, 4 nov. 1921).
- Nicolas (J.).* — Syphilis ou tréponémose, in *Nouv. traité de Médecine* de Roger, Widal et Teissier.
- Paillard (Henri).* — Deux formes de syphilis hépatique :

forme fébrile ; forme chronique et ascétique (*Journ. méd. français*, déc. 1922).

Dieulafoy. — Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898.

Roque et Garin. — Soc. méd. Hôp. de Lyon, 18 avril 1910.

Margulies. — In clinique de Gouget (*Gaz. Hôp.*, novembre 1909).

Netter. — Fièvre à allure intermittente d'origine syphilitique (Soc. méd. Hôp. Paris, 17 nov. 1916).

Glaser. — Berl. Klin. Voch., 30 juin 1913.

Bloch (Marcel). — La fièvre prolongée unique symptôme révélateur de syphilis anciennes méconnues (*Presse méd.*, 17 mai 1924).

Caussade (G.), Lévy-Franckel (A.) et Peynet (J.). — Un cas de syphilis tertiaire fébrile avec hémorragies (Soc. méd. Hôp. Paris, 9 mai 1924).

Sevestre. — Etude du sang et des organes hémato-poïétiques dans la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1912.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	10
CHAPITRE II. — Syphilis hépatique fébrile.....	12
CHAPITRE III. — Syphilis splénique fébrile.....	16
CHAPITRE IV. — Syphilis pulmonaire fébrile.....	18
CHAPITRE V. — Syphilis rénale fébrile.....	21
CHAPITRE VI. — La fièvre syphilitique tertiaire essentielle du type anémique.....	22
CHAPITRE VII. — Modifications de la formule san- guine au cours des syphilis tertiaires fébriles.....	26
CHAPITRE VIII. — Pronostic et traitement des syphi- lis tertiaires fébriles.....	28
CHAPITRE IX. — Pathogénie de la fièvre dans la syphilis.....	30
OBSERVATIONS.....	32
CONCLUSIONS.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	60

mp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & Cie. 13, rue Racine, Paris. — 6537-25

